

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N^o 71

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marthe SCHMIT née REBOULET

Née le 9 Décembre 1910, à PARIS (Seine)

Les hémorragies intra-péritonéales
par rupture
d'un kyste folliculaire ou lutéinique,
hématique de l'ovaire

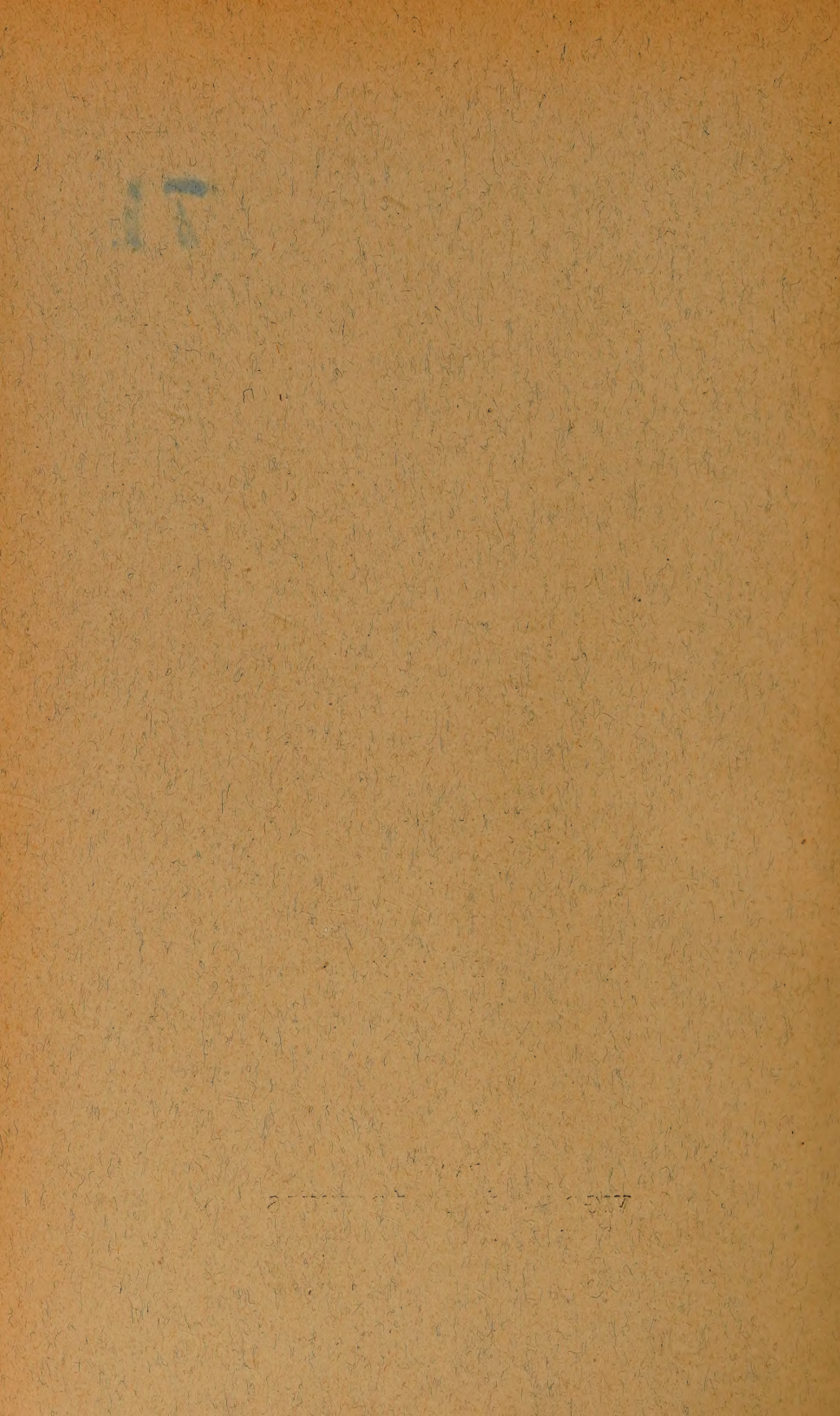
Président : M. B. CUNÉO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marthe SCHMIT née REBOULET

Née le 9 Décembre 1910, à PARIS (Seine)

Les hémorragies intra-péritonéales
par rupture
d'un kyste folliculaire ou lutéinique,
hématique de l'ovaire

Président : M. B. CUNEO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
	LAIGNEL.
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.			MM.
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	DE GAUDART
BARIETY	Pathologie	médicale.	D'ALLAINES
BENARD Henri.	Pathologie	médicale.	DE GENNES ...
BERNARD Et. .	Pathologie	médicale.	GAYET
BESANÇON (J.).	Hydrologie.		GIROUD
BOULIN	Pathologie	médicale.	HAGUENAU
BULLIARD	Histologie.		HALPHEN
CATHALA	Pathologie	médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie	médicale.	HUGUENIN
FEY	Pathologie	médicale.	JOANNON
DOGNON	Physique.		LACOMME
FUNCK	Urologie.		LANTUEJOUL
BRENTANO			LAROCHE Guy.
GASTINEL	Pathologie	chirurgicale.	LELCNG
GAILLARD	Parasitologie.		
CHEVALLIER .	Bactériologie.		



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.) Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.) . Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT Physiologie.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale
 LEROUX Anatomie pathologique.
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE.. }
 AUBERTIN }
 BRULE }
 CABROL }
 DONZELOT ... }
 DUVOIR } Clinique médicale.
 LIAN }
 PASTEUR }
 VALLERY-
 RADOT }
 SEZARY }

MM.

BASSET }
 BROCC }
 CADENAT }
 GATELLIER ... } Clinique chirurgicale
 MOURE }
 QUENU }
 SCHWARTZ ... }
 VELTER }

ECALLE }
 METZGER } Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Témoignage de ma profonde affection
et ma reconnaissance.

A MON MARI

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR F. JAYLE

Président de la Société Française de Gynécologie

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a aidée dans l'élabora-
tion de notre travail.

Témoignage de notre profonde
gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUQUET

Assistant à l'Hospice des Enfants Assistés

En remerciement des précieux
conseils qu'il nous a prodigués.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEROUGE

Les hémorragies intra-péritonéales par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique, hématique de l'ovaire

I. — INTRODUCTION

L'hématocèle rétro-utérine était toujours attribuée, il y a une trentaine d'années, à la grossesse extra-utérine. Des études multipliées, soit en France, soit à l'étranger, prouvent que les cas d'hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire, et en dehors de la grossesse ovarienne, sont en fait plus fréquents qu'on ne pense et qu'ils s'observent même chez les jeunes filles entre 16 et 20 ans inclus, et les femmes arrivées au stade de la ménopause.

Cette notion, établie cependant en 1851 par NÉLATON à propos d'un cas de DENONVILLIERS, et reprise par TROUSSEAU en 1868 à propos d'un cas observé chez une jeune fille de 16 ans, était si peu admise à la fin du siècle dernier que CESTAN, dans sa thèse ne reconnaît comme origine de l'hématocèle que la trompe gravide.

Quelques rares cas, rapportés par notre Maître,

F. JAYLE, dans son mémoire, sont publiés en 1876 par CURT, VALLIS et H. LINDEN, en 1896 par G. MAURANGE, en 1898 par DEPAGE, en 1900 par HANNECART, en 1900 également par John EDGARD et en 1902 par VIGNEAU (cas de Boldt); mais la première observation allemande est bien spéciale et aucune des autres ne comporte un examen histologique. Le cas de BURGER (1903), de BENDER et MARCILLE (1904), de Otto ENGSTROM (1907) et de Gervais de ROUVILLE (1908), sont les premiers comportant un examen histologique.

Ces cas passèrent plus ou moins inaperçus et les livres classiques de l'époque s'accordent toujours à considérer l'hématocèle rétro-utérine comme la suite constante d'une grossesse extra-utérine.

Notre Maître F. JAYLE, le 3 juin 1908, fait une communication à la Société de Chirurgie sur l'hématocèle rétro-utérine par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire et donne trois observations datant, la première de 1900, la seconde de 1901, la troisième de 1907, cette dernière complètement étudiée au point de vue microscopique. Cette communication fait l'objet d'un rapport de M. le Professeur LEGUEU à cette Société le 27 janvier 1909, et le mémoire présenté à la Société de Chirurgie et complété par une série d'observations est publié dans la Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale d'avril 1909. Ce mémoire est la première étude complète de la question, résultant de la lecture de 126 travaux français et étrangers, desquels l'auteur n'a pu retenir que 14 observations qu'il joint à ses trois personnelles.

Les cas de grossesse ovarienne sont complètement éliminés de cette étude qui a exclusivement trait aux ruptures de kyste hématique de l'ovaire.. Nous avons été largement aidée dans cette étude par notre Maître F. JAYLE, qui, nous en ayant inspiré le sujet, nous a fourni la majorité des observations. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions également M. le Docteur BUQUET pour l'intérêt qu'il a bien voulu porter à notre modeste travail.

II. — HISTORIQUE

NÉLATON, en 1851, explique la pathogénie des épanchements sanguins du pelvis chez la femme par l'hémorragie causée par la rupture de la vésicule de de Graaf, et lui donne le nom d'hématocèle rétro-utérine.

En 1853, DÉNUCÉ écrivait : « Ces tumeurs ne seraient-elles pas le résultat d'une grossesse extra-utérine, avec cette seule différence que le fœtus, arrivé à une période moins avancée, passerait ordinairement inaperçu ? »

C'était à un kyste hématique qu'était dû le cas rapporté par TROUSSEAU dans ses cliniques ; il en attribuait la rupture à l'hyperémie sous la dépendance de l'état infectieux de la malade (Observation d'une malade de 16 ans, citée par F. JAYLE dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, avril 1909).

Avec LAWSON-TAIT et le développement de la chirurgie abdominale, la pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine s'est modifiée. « La grossesse extra-utérine a pris de plus la première place au point d'en être regardée en pratique la cause unique. » (F. JAYLE)

CESTAN, dans sa thèse, en 1894, puis dans la Gazette des Hôpitaux, en 1896, dit que « la source des hémorragies péri-utérines, doit être placée dans une trompe gravide ».

D'après THÉVENARD (thèse de Paris 1895-1896) la proposition de grossesses extra-utérines serait de 95 pour cent.

En 1905, Harold WILSON fait le diagnostic d'appendicite dans un cas d'hématome de l'ovaire. La même année, WHEELTON HIND publie un cas d'hématocèle par rupture d'un follicule de de Graaf apoplectique et CLARKE en 1907, un cas par coexistence de fibrome utérin.

En 1901, en Allemagne, A. GABRIEL avait publié un cas d'hématocèle par hémorragie ovarienne, dans lequel il croyait pouvoir éliminer la grossesse ectopique.

BURGER en 1903, Otto ENGSTROM en 1907, rapportent tous deux un cas par rupture d'un kyste hémorragique de l'ovaire.

Le 3 juin 1908, notre Maître F. JAYLE, fait à la Société de Chirurgie une communication sur l'hématocèle rétro-utérine par rupture de petit kyste hémattique de l'ovaire, qui a fait l'objet d'un rapport du Professeur LEGUEU à cette société le 27 janvier 1909 et a été publiée dans la Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale en avril 1909.

TARTANSON en juillet 1909, présente à Lyon, une thèse sur les hémorragies et l'hématocèle pelviennes

intra-péritonéales, sans grossesse ectopique, dans laquelle il fait une très large place à la rupture de kyste hémattique de l'ovaire.

La nature non gravidique des kystes ovariens est mise en doute en 1914 par FORSSNER qui insiste sur la nécessité, dans tous les cas, de coupes sériees de l'ovaire, ajoutant que, même à ce prix, on ne peut être sûr de ne pas avoir laissé passer l'ovule fécondé ou une villosité choriale.

SCHICKELÉ, en 1924, affirme, lui, que l'ovaire peut être la source d'une hémorragie intense en dehors de toute grossesse.

MARTY en 1927, BEZANÇON en 1929, PELLICOT et PARMENTIER en 1933, soutiennent également cette théorie dans leur thèse; Ludwig SIMON, en 1928, également. Enfin, MURARD, VEYRASSAT et LEMONNIER en présentent des cas à la Société de Chirurgie.

Cependant, il est assez remarquable que, malgré les travaux qui avaient été effectués jusqu'à cette date, par les auteurs sur les hémorragies intra-péritonéales par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique hémattique de l'ovaire, J. L. FAURE et SIREDEY, en 1923, affirment encore l'exactitude de la théorie de LAWSON-TAIT et écrivent: « l'hématocèle enkysté est un accident de la grossesse ectopique. Rupture ou avortement tubaires, tels sont les deux accidents qu'on rencontre à l'origine de toutes les hémattocèles ». Cette théorie nous semble, maintenant, suffisamment con-

tredite, non seulement par les nombreux cas publiés jusqu'en 1934, date à laquelle J. BAUMANN fit une thèse sur les hémopéritoines génitaux non gravidiques, mais encore par ceux que nous avons pu relever au cours de ces dernières années.

III. — ETIOLOGIE

La fréquence des hémorragies ovariennes dues à la rupture de petits kystes hématiques est relativement considérable, et, on trouve une assez grande quantité d'observations dans la littérature surtout au cours de ces dernières années.

NOVAK en 1917 en rapporte 40 cas, L. SIMON en ajoute 98 et enfin, BAUMANN, dans sa thèse récente, réunit près de 300 observations.

En étudiant les différents cas rapportés par les auteurs et ceux que nous ajoutons, il nous a paru intéressant de noter les rapports qui existent entre l'apparition des phénomènes qui nous intéressent et l'âge de la malade.

L. SIMON cite, dans trois de ses observations, des malades âgées respectivement de 18, 25 et 26 ans.

WILSON cite six cas de malades comprises entre 19 et 25 ans, et un d'une malade de 34 ans.

F. JAYLE cite les cas de dix malades de 16, 25, 26, 29, 29, 32, 33, 35, 40 et 48 ans. Parmi celles-ci, celles de 16 ans et de 48 ans sont vierges, les malades de 40, 33 et de 35 ans sont multipares.

BAUMANN présente des observations de deux malades de 18 ans, d'une de 19, de deux de 23 ans, de

trois de 26 ans et enfin de malades âgées respectivement de 30, 31, 33, 37, 38 et 41 ans.

Dans cette thèse, nous y ajoutons celles de malades âgées de 18 ans (2 cas), 21 ans (2 cas), 25 ans (3 cas), 27 ans (2 cas), 30 ans (2 cas), 32 ans, 34 ans (2 cas), enfin 37, 42, 43 et 48 ans.

On voit donc qu'à part de rares exceptions survenant chez des femmes ou très jeunes, entre seize et vingt ans, ou chez des femmes âgées entre 40 et 48 ans, c'est le plus souvent en pleine activité de la vie génitale de la femme que surviennent les accidents qui font l'objet de notre travail.

L'existence d'hémorragies intra-péritonéales par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire observées au début et à la fin de la vie génitale nous a paru devoir être signalée tout particulièrement. Nous donnons donc huit observations ayant trait à des jeunes filles de 16 à 20 ans inclus et quatre observations concernant des sujets âgés de 41 à 48 ans inclus.

I. — OBSERVATIONS DE 16 A 20 ANS INCLUS

1^{er} cas. D'une jeune fille de 16 ans (voir observation XXI).

2^e cas. Observation de TROUSSEAU citée par F. JAYLE (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. III, p. 604 à 606, Paris, 3^e édit., 1868). Résumé :

Jeune fille de 16 ans, vierge, n'ayant été réglée qu'une fois deux mois et demi avant son entrée à l'hôpital. Le 7 novembre, jour de son admission, elle présentait les symptômes d'une fièvre continue. Deux jours plus tard : langue sèche, fuliginosités des dents, diarrhée, taches rosées lenticulaires, douleur du ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Pouls fréquent, somnolence, subdélirium, râles muqueux dans la poitrine.

Vers la fin du second septénaire, mieux apparent, mais de courte durée ; bientôt adynamie profonde, et le jeudi 21 novembre cette jeune fille succomba.

A l'autopsie, on constate un épanchement de sérosité rougeâtre dans la cavité du petit bassin, sans caillots sanguins. On trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui appartient à l'ovaire droit, elle n'a contracté aucune adhérence avec les parties ambiantes. L'épanchement est à peu près de 150 à 200 gr. de sérosité.

L'ovaire et la trompe du côté gauche présentent l'aspect normal ; sur la partie postérieure de cet ovaire, on distingue une petite cicatrice étoilée, noirâtre. Vers sa partie déclive, cette tumeur présente en saillie un caillot de la grosseur d'un pois. Ce caillot dur, en grande partie fibreux, était étranglé par une ulcération à travers laquelle il se continuait avec un caillot situé dans la cavité de la tumeur. Une ouverture pratiquée à la partie postérieure de celle-ci permet d'affirmer qu'on a affaire à un petit kyste hématique, lequel contenait un très gros caillot qui s'était échappé en partie par l'ulcération indiquée. Avant l'ouverture du kyste, on avait remarqué que de la sérosité rouge s'écoulait goutte à goutte par cette même ulcération incomplètement bouchée par le caillot.

Les parois du kyste étaient formées par la membrane séreuse ovarienne, doublée à son intérieur de plusieurs couches très minces de fibrine, de coloration jaune. De

plus, le kyste était en communication directe avec la cavité d'une vésicule de de Graaf, à parois tomentueuses, siège de l'apoplexie primitive.

Nous venions donc de surprendre la formation d'une hématocele, rétro-utérine, par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire.

Il n'y avait point trace de grossesse ovarienne ; nous n'avons découvert aucun vestige d'œuf fécondé dans le kyste. L'utérus était parfaitement sain ; le col ne présentait aucune déchirure ; la membrane hymen était intacte.

3° cas. Cas d'une jeune fille de 18 ans vierge (voir observation X).

4° cas. Cas d'une jeune fille de 18 ans (voir observation XVI).

5° cas. Hémorragie intra-péritonéale causée par la rupture d'un kyste lutéinique hémorragique de l'ovaire droit (L. SIMON, Acta Obstétrica et Gynecologica, Helsingfors 1927) :

Vierge de 18 ans. Aucun antécédent pathologique, règles à 12 ans, abondantes, durant 6 à 7 jours, survenant à peine toutes les 4 semaines. Pas de douleur avant ou après les règles. Ses dernières règles, régulières au début de mai 1926. Le 26 mai, à 8 heures du matin, vive douleur abdominale subite. Opérée 20 heures après le début des accidents. Grande pâleur de la face et faiblesse générale. Température 38°5. Pouls 120.

Toucher vaginal impossible par suite de l'hymen membraneux épais ne laissant qu'un tout petit orifice hyménal, juste en arrière de l'urètre.

Le toucher rectal permet de constater une masse molle dans le cul-de-sac de Douglas.

Opération : environ un litre de sang libre et une grande quantité de caillots. A droite l'ovaire présente un caillot sanguin adhérent. Ablation de l'ovaire et de la partie adjacente de la trompe.

L'examen des pièces et en particulier la coupe macroscopique et l'examen histologique de l'ovaire montre qu'il s'agit d'une hémorragie par rupture d'un corps jaune de l'ovaire.

Le soir de l'opération, les règles normales commencèrent au moment même où elles étaient attendues. Coagulabilité du sang normale ; seins virginaux sans colostrum. Guérison en neuf jours ; la malade avait à ce moment-là 2,6 millions de globules rouges. Revue le 19 octobre 1926, la malade est en parfait état mais l'utérus est senti au toucher rectal en rétroversion flexion et de volume normal.

6° cas. Rupture de corps jaune simulant une grossesse ectopique (cas cité par J. BAUMANN).

Mlle P..., 18 ans, entre à l'Hôtel-Dieu pour métrorragies peu abondantes mais quotidiennes depuis ses dernières règles, venues à la date normale, trois semaines avant. A son entrée on sent un empâtement dans le Douglas.

Le lendemain, une demi-heure après un toucher vaginal, la malade ressent une douleur brusque dans l'hypogastre, elle pâlit et perd connaissance.

Examen. — L'abdomen est sensible, mais sans contraction et sans défense musculaire, le Douglas est très douloureux. Température : 37°2 ; pouls : 110.

Diagnostic. — Rupture de grossesse tubaire.

Intervention. — Immédiate (Baumann). Incision médiane

sous-ombilicale. Sang fluide avec caillots en moyenne abondance dans la cavité péritonéale (environ 800 cc.).

Assèchement de la cavité. Trompes normales. L'ovaire droit présente un orifice punctiforme par où s'écoule un peu de sang.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Examen des pièces. — La trompe est normale macroscopiquement et microscopiquement. L'ovaire est augmenté de volume et est nettement scléro-kystique. La cavité rompue dans le péritoine a la taille d'une lentille, elle est comblée par un caillot. Sa paroi est godronnée, de couleur ocre.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un corps jaune constitué ; autour de la thèque interne, il y a de nombreux capillaires dilatés ainsi que dans le reste du parenchyme ovarien.

7^e cas. Hémopéritoine par rupture d'un kyste du corps jaune simulant une appendicite aiguë chez une vierge :

Mlle J..., 18 ans, entre à l'hôpital pour syndrome abdominal indéterminé, une heure auparavant elle avait ressenti brusquement dans la fosse iliaque droite une douleur vive. A deux reprises elle avait vomi.

A l'examen on perçoit une contracture nette dans la fosse iliaque droite et on y réveille une douleur intense. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué car la malade est vierge. Le pouls est rapide, 90 à 100, légèrement hypotendu. La malade est normalement colorée ; elle accuse de la soif. La température est à 37°8.

Antécédents. — En dehors des maladies banales de l'en-

fance, la malade a présenté une pleurésie de la base droite, à la suite de laquelle elle a fait un séjour dans un préventorium. C'est là qu'elle aurait présenté une crise douloureuse de la fosse iliaque droite durant 15 jours étiquetée déjà : appendicite.

Elle a été réglée à 11 ans et demi ; les règles ont un rythme normal, durant 3 à 4 jours, elles ont toujours été assez douloureuses. Depuis quelques mois elles seraient précédées et suivies de pertes blanches assez abondantes.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Incision de Mac Burney. Le péritoine incisé, un flot de sang envahit le champ opératoire ; l'appendicectomie est rapidement pratiquée, et l'on décide de faire une laparotomie médiane sous-ombilicale. Le petit bassin est vidé du sang et des caillots qu'il contient et là on aperçoit sur l'ovaire droit une brèche à l'emporte-pièce de la taille d'une pièce de 50 centimes à bords déchiquetés et ecchymotiques, à fond saignant. L'ovarectomie est pratiquée. Suites normales.

Examen histologique (Dr Chenot). *Ovaire.* — Le parenchyme ovarien est réduit à une mince coque périphérique encadrant un corps jaune énorme largement déchiré dont la cavité tapissée encore d'assises régulières de cellules lutéiniques est occupée par un vaste caillot.

On note le nombre absolument anormal de capillaires ou de vaisseaux à parois toujours nettes et gorgées de sang. On ne voit pas de cellules déciduales ni de villosités chorales.

8° cas. Rupture de corps jaune chez une vierge simulante une appendicite aiguë :

Mlle D..., 19 ans.

La malade, qui a eu ses dernières règles normales le

1^{er} février, ressent le 22 février une douleur abdominale très vive dans la fosse iliaque droite et a des nausées.

Examen. — On constate une douleur et une défense musculaire dans la fosse iliaque droite. La température est à 37°5, le pouls bat à 95.

L'hymen est intact et le toucher est impossible.

Diagnostic. — Appendicite aiguë.

Intervention. — Immédiate (Sabourin). Incision de Mac Burney. Dès l'ouverture du péritoine, on constate une inondation péritonéale.

On attire les annexes droites : l'ovaire droit présente une petite cavité rompue sur la largeur d'une pièce de deux francs.

Castration droite.

L'appendice sain est enlevé.

Fermeture de la paroi.

Examen histologique. — La trompe est normale. L'ovaire présente de nombreux follicules dilatés. La paroi de la cavité rompue présente une épaisse couche de cellules thécales.

Au voisinage immédiat du corps jaune, il y a au milieu de capillaires dilatés un foyer de polynucléaires.

II. — OBSERVATIONS CONCERNANT DES SUJETS AGÉS DE 41 A 48 ANS INCLUS

1^{er} cas. Femme âgée de 41 ans. Observation citée par J. BAUMANN dans sa thèse (1934).

2^e cas. Femme âgée de 42 ans, vierge (voir Observation III).

3^e cas. Cas d'une femme de 43 ans (voir observation n° I).

4^e cas. Cas d'une femme de 48 ans, vierge (voir observation n° II).

Certains auteurs insistent sur les dates d'apparition des hémorragies ovariennes par rapport aux différentes étapes du cycle menstruel, et pour eux, l'hémorragie d'origine ovarienne est étroitement liée à l'ovulation et aux phénomènes qui en découlent. L. SIMON dégage des nombreux cas qu'il publie, deux périodes de fréquence maxima, l'une aux environs du quatorzième jour de la période intermenstruelle, c'est-à-dire aux environs de la ponte ovulaire, phénomène souvent accompagné chez certaines femmes de réactions locales ou générales plus ou moins intenses ; la deuxième précédant de peu l'apparition du flux menstruel.

Cependant il nous semble qu'il faille remarquer que, bien souvent la date de l'ovulation n'est pas fixe aux environs du quatorzième jour, et que, comme l'ont montré les travaux de KNAUS, elle peut varier chez les femmes plus ou moins bien réglées, dans d'assez vastes proportions.

Le passé génital paraît avoir une importance plus marquée. En effet on relève un assez fort pourcentage de vierges parmi les malades atteintes d'hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne.

Nous insisterons sur un facteur que notre Maître F. JAYLE considère comme primordial, l'état vascu-

laire des malades et leur circulation pelvienne plus ou moins importante. En effet, il nous semble prouvé que la congestion des organes génitaux internes se trouve le plus souvent à la base des ruptures de kystes hématiques de l'ovaire et de la formation des hématoèles rétro-utérines.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans les hémorragies intra péritonéales par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique, hématique de l'ovaire, la quantité de sang épanché dans le péritoine est extrêmement variable ; on peut en trouver de 200 à 500 cc, KABOTH en a trouvé 1.500 cc. et F. JAYLE rapporte un cas où il y en avait environ 2.500 cc.

On se trouve le plus souvent en présence de sang fluide mélangé à des caillots, ce sang est noirâtre très fréquemment.

Le point de départ de l'hémorragie est l'ovaire droit ou gauche ; celle-ci peut être bilatérale d'emblée (cas de Dansey cité par MOORE) ; elle peut récidiver sur le côté opposé.

La rupture se présente sous la forme d'une déchirure plus ou moins large, punctiforme même, d'une vésicule kystique, hématique, siégeant sur l'ovaire ; l'ovaire opposé en est également le siège très souvent.

L'examen microscopique permet d'affirmer l'hémorragie folliculaire lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité rompue, tapissée par des cellules granuleuses, entourées d'éléments rappelant ceux de la thèque interne. La cavité elle-même est toujours pleine de sang. Les capillaires de l'ovaire sont extrê-

mement dilatés. D'autres follicules non rompus sont également pleins de sang.

Pour BAUMANN, les subdivisions apportées par les auteurs dans les hémorragies folliculaires, pour légitimes qu'elles soient, apparaissent sans grand fondement anatomique.

Quant aux hémorragies des corps jaunes, ceux qui saignent sont assez récents, ce qui s'explique par la vascularisation qui accompagne les premiers stades de la transformation lutéinique. La cavité du corps jaune kystique, de dimension variable, est en général pleine de sang.

La membrane lutéinique qui la double est d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres en moyenne. Elle est très vascularisée; on trouve, entre les lobes lutéiniques, des capillaires gorgés de sang et souvent des infiltrations de globules rouges.

La thèque interne est assez épaisse et très vascularisée, elle est dissociée par de fines hémorragies.

Il y a une diffusion des infiltrations hémorragiques dans tout l'ovaire, et une vaso-dilatation si intense « qu'en certains points on croit se trouver en présence d'un tissu angiomateux (F. JAYLE).

V. — PATHOGENIE

Les différentes pathogénies invoquées par les auteurs sont assez souvent contradictoires. Physiologiquement une hémorragie plus ou moins abondante se produit dans l'ovaire au cours du cycle menstruel au moment de la constitution du corps jaune. Ce processus normal peut être considérablement augmenté par différents facteurs parmi lesquels il semble qu'il faille citer en premier lieu les modifications circulatoires dues à des causes soit d'ordre général, soit local.

Parmi les premières il faut citer les dyscrasies sanguines : hémophilie assez rare chez la femme, hémogénie plus fréquente.

Parmi les causes locales qui nous paraissent, de très loin, celles qui sont le plus souvent rencontrées sont les fibromes, les rétroversions, les hypérémies d'origine infectieuse ou gravidique et les troubles endocriniens.

On doit remarquer que la plupart des corps jaunes qui saignent sont, le plus souvent, de formation assez récente, ce qui peut s'expliquer par la vascularisation intense qui accompagne ces premiers stades de la transformation lutéinique.

La membrane lutéinique elle-même est très vascularisée, de même que la thèque interne, et F. JAYLE

signale le cas d'un corps jaune entouré d'une zone vasculaire si considérable qu'en certains points on pouvait se croire en présence d'un tissu angiomateux.

Un traumatisme, un effort peuvent être à la base de l'éclatement d'une cavité lutéinique. Il en est de même des cavités folliculaires qui peuvent, elles aussi, au moment de leur rupture, donner lieu à la production d'une hémorragie abondante.

Un déséquilibre sympathique peut entraîner une exagération des phases congestives qui accompagnent la ponte ovulaire et la constitution du corps jaune. Des variations de pression abdominale ont pu être invoquées comme étant la cause déterminante des hémorragies ovariennes.

Il faut avant tout insister sur l'énorme place qu'occupent les modifications circulatoires au niveau des organes génitaux internes dans la formation de ces hémorragies ovariennes.

VI. — ETUDE CLINIQUE

Les hémorragies intrapéritonéales par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique, hématique de l'ovaire, se présentent, en clinique, sous différentes formes, dont la plus importante est la *forme simulant la rupture de grossesse ectopique*.

La malade se plaint, en général, d'une douleur vive dans le bas-ventre, douleur qui l'a prise en général brusquement, et elle a fait une ou plusieurs syncopes.

On constate, à première vue, qu'elle présente de la pâleur de la face, ses muqueuses sont décolorées, le pouls est petit et rapide, et la température n'est pas en rapport avec le rythme des pulsations.

Au toucher vaginal on peut trouver une annexe augmentée de volume, mais le signe caractéristique de l'hématocèle est la tumeur constatée par le toucher dans le cul-de-sac de Douglas.

Dans le cas où le toucher vaginal est impossible, cas qui peut se présenter, on peut tenir compte de l'absence du suintement sanguin continu, signe de grossesse extra-utérine, noté par L. SIMON dans 75 % des cas, mais surtout pratiquer le toucher rectal.

Notre Maître, F. JAYLE conseille, sur la malade endormie, dans tous les cas d'hymen membraneux, de faire une dilatation douce de l'orifice hyménal, qui peut être obtenue le plus souvent sans aucune rupture et, dans les cas d'hymen épais ou scléreux, de pratiquer l'hyménotomie médiane, pour pratiquer le toucher vaginal et ensuite introduire un spéculum vaginal et se rendre compte de l'état du col. Dans les cas qui sont les plus fréquents, où le diagnostic n'est fait que pendant l'opération, il recommande de terminer l'intervention par cette même dilatation ou hyménotomie et d'y ajouter, dans tous les cas, la dilatation anale.

On comprend toute l'importance d'un diagnostic exact, tant au point de vue moral que social et même médico-légal. On aura donc intérêt à pratiquer les réactions biologiques de la grossesse, en particulier la réaction d'ASCHEIM et ZONDEK, dont toutes les autres n'ont fait que dériver.

ASCHEIM et ZONDEK ont montré qu'au cours de la gestation il y avait une véritable décharge urinaire d'hormone antéhypophysaire. Pendant trois jours on pratique deux injections quotidiennes de 2 à 4 cc. d'urine aseptique à une souris femelle impubère. Si la réaction est positive il y a hyperémie, maturation et lutéinisation des follicules.

Sur 1829 cas groupés par ASCHEIM il n'y a eu que 1,74 % d'erreur. En l'absence de grossesse la réaction est négative. Après la fécondation elle est rapi-

dement positive; BROUHA et HINGLAIS l'ont trouvée positive huit jours après la première menstruation manquante.

Donc, pour le diagnostic entre : hémorragie intrapéritonéale par rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique de l'ovaire et la rupture de grossesse ectopique, dans les cas où il n'y a pas d'urgence, la réaction d'ASCHHEIM et ZONDEK est à rechercher, et, dans un cas de grossesse ovarienne au début, si elle était positive, elle pourrait permettre de faire d'emblée le diagnostic à l'examen de l'ovaire au cours de l'intervention, car la question parfois très difficile est de savoir s'il s'agit d'un kyste folliculaire ou lutéinique, ou d'une grossesse ovarienne.

D'ailleurs, le diagnostic de la rupture d'un petit kyste folliculaire ou lutéinique de l'ovaire se fait uniquement par la découverte de ce kyste rompu et saignant encore sur un des deux ovaires; quant à la nature lutéinique de l'élément hémorragique, elle n'est pas toujours évidente.

Le pronostic de ces hémorragies intrapéritonéales par rupture d'un kyste hématique, folliculaire ou lutéinique, après l'intervention, est bon en général. On a cependant observé quelques cas de mort par anémie grave, n'ayant aucun rapport avec l'abondance de l'hémorragie.

Une erreur de diagnostic, qui a été assez souvent commise, est celle causée par la forme pseudo-appendiculaire de l'hémorragie intrapéritonéale, mais il est

vrai qu'on a été jusqu'à pratiquer l'ablation de l'appendice dans des cas de pneumonie et même de fièvre typhoïde. D'ailleurs cette erreur ne présente, au point de vue de l'intervention, aucune importance si on a le soin de pratiquer l'incision de JAYLE.

VII. — TRAITEMENT

Les indications de l'intervention sont les mêmes que celles de la grossesse extra-utérine rompue ; l'intervention est indiquée dans tous les cas où les phénomènes graves de l'hémorragie interne paraissent.

Dans la plupart des cas, l'urgence n'est pas immédiate et un traitement médical stimulant pourra être établi sous surveillance constante.

Dans quelques cas, la résorption de l'épanchement sera obtenue, mais il arrive fréquemment que des récives surviennent qui obligent finalement à l'intervention.

Incision. — La plupart du temps l'incision médiane est la meilleure parce qu'elle est d'abord exploratrice. Le diagnostic d'hémorragie d'un kyste folliculaire ou lutéinique hémorragique de l'ovaire ne peut guère être porté chez des vierges, et encore chez les fillettes faut-il songer à la torsion salpingienne.

Dans certains cas où tous les phénomènes cliniques sont en faveur d'une lésion unilatérale si l'examen n'a pas révélé de grosses lésions pelviennes, si le diagnostic est hésitant chez une fillette ou une jeune fille entre torsion de la trompe, hémorragie d'un kyste follicu-

laire ovarien, et même appendicite, l'*incision transversale intrapileuse et unilatérale de Jayle* peut être pratiquée, parce qu'elle permet de constater à la fois l'état des trompes et des ovaires à droite, en même temps que dans la très grande majorité des cas, celui de l'appendice. Si cette incision avait été pratiquée à la place de celle de MAC BURNEY dans les cas rapportés par BAUMANN, HUGO ROTH, LONJON et CABANAC, LUDWIG SIMON, le chirurgien n'eût pas pratiqué deux incisions successives : celle de MAC BURNEY d'abord et l'incision médiane ensuite. Si les phénomènes cliniques sont en faveur d'une lésion du côté gauche et que l'examen n'ait pas montré non plus de grosses lésions, cette même incision transversale intrapileuse et unilatérale peut également être entreprise.

Chez les sujets jeunes l'esthétique est toujours à rechercher.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*Hémorragie intrapéritonéale par rupture
d'un petit kyste hématique de l'ovaire droit*

(Observation inédite, communiquée par F. JAYLE)

Mme L..., 43 ans, chez laquelle le diagnostic de fibrome intraligamentaire gauche est porté.

Intervention le 6 avril 1920 : Anesthésie au protoxyde d'azote.

Incision médiane remontant à 2 cm. de l'ombilic.

Dès l'ouverture du ventre on trouve une bonne cuillerée à soupe de sang liquide dans le cul-de-sac vésico-utérin, qui est un peu effacé dans toute son étendue et n'existe plus du côté droit, la vessie remonte jusqu'à la corne droite.

La malade étant mise en déclive, on trouve du sang en plus grande abondance dans le cul-de-sac de Douglas.

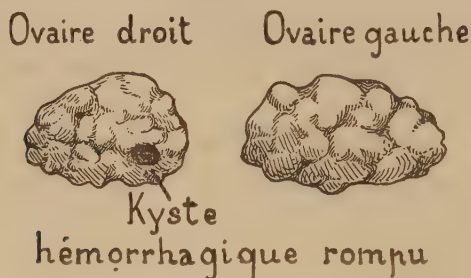
Il s'agit bien d'un fibrome volumineux intraligamentaire gauche. Après avoir détruit les adhérences vésico-utérines et libéré la corne droite, clamp écraseur

sur le ligament large droit près de l'utérus. Hystérectomie subtotale en faisant basculer l'utérus sur la gauche et en l'enlevant avec le fibrome intraligamentaire. Ablation des deux trompes et des ovaires.

Péritonéoplastie complète. Fermeture sans drainage.

Examen des pièces. — Le fibrome intraligamentaire présente une forme allongée, il mesure 10 cm. de long, 5 cm. de large et 5 cm. de haut ; dans l'intérieur de la cavité utérine est un polype. Les ovaires sont extrêmement scléreux, très racornis, très petits, surtout vu l'âge encore peu avancé de la malade.

Le dessin ci-dessous montre leur grandeur nature. Sur la face antérieure de l'ovaire droit se trouve un tout



Ovaires très scléreux, peu épais, (ils sont vus sur une de leurs faces) ; le droit mesure 2 cm. de long et présente un kyste minuscule allongé de 3 mm. 1/2 de diamètre par où s'écoule le sang. Grandeur naturelle (Dessin inédit).

(F. Jayle).

petit kyste hémorrhagique qui s'est rompu et a donné l'épanchement sanguin intrapéritonéal. La majeure partie est tombée dans le Douglas ; mais une petite

partie est allée dans le cul-de-sac antérieur, sans doute parce que l'écoulement dans ce cul-de-sac en a été favorisé par suite de l'effacement complet du cul-de-sac jusqu'à la corne droite, c'est-à-dire jusqu'à la trompe.

A noter le degré très accentué de sclérose génitale chez cette malade. L'hystérectomie a été très difficile de ce fait, par suite de la sclérose de tous les ligaments. L'état de sclérose extrême des ovaires fait également comprendre l'hémorragie dont le point de départ était dans un kyste hématique minuscule ; un vaisseau très sclérose s'est rompu et est resté béant ; malgré son très faible calibre il a saigné et déterminé l'épanchement intrapéritonéal.

Suites opératoires : La malade a guéri sans aucun incident et elle a quitté la clinique le dix-septième jour après l'opération.

OBSERVATION II

Hémorragie interne de deux litres et demi de sang non coagulé par la rupture d'un petit hématome de l'ovaire dans un cas de fibrome (résumée).

(F. JAYLE, XXIII^e Congrès français de Chirurgie,
4 octobre 1910)

L'observation que je rapporte a trait à la rupture d'un hématome de l'ovaire du volume d'une noisette, en rapport avec un kyste folliculaire. L'examen histo-

logique a montré une sclérose accentuée des vaisseaux ovariens.

Les hémorragies internes accompagnant les fibromes, bien que très rares, ont été signalées ; mais je n'ai pas trouvé de fait dans lequel l'hémorragie accompagnant un fibrome était due à une lésion ovarienne.

Femme de 48 ans, vierge. Réglée à 10 ans. Règles peu abondantes, mais régulières. Il y a une dizaine d'années : hernie inguinale gauche ; trois ans après, hernie inguinale droite. Douleur à ce niveau, mais en même temps la malade a la sensation d'un poids dans le bassin et elle souffrait des reins et de la colonne vertébrale.

Depuis trois ou quatre ans les règles sont devenues douloureuses et s'accompagnaient de petites hémorragies, soit avant soit après.

Depuis deux mois, irrégularité menstruelle avec tendance à la ménopause.

Du 23 au 29 mai, après l'apparition des règles, la malade fait plusieurs syncopes. Le 29 mai au soir je vois la malade et je relève l'état suivant : la malade est dans un état de faiblesse très grande et se plaint de vives douleurs abdominales.

L'abdomen est tendu, on constate du péristaltisme intestinal. Le toucher vaginal est impossible parce qu'on se trouve en présence d'un hymen circulaire, inextensible.

Diagnostic : Fibrome utérin et kyste de l'ovaire,

dont le pédicule s'est tordu et qui s'est compliqué d'hémorragie intrakystique.

Intervention, le 31 mai 1910. A l'incision, il s'écoule à flot un liquide noirâtre, comme du sang veineux ; on en recueille plus de deux litres. Il n'y a pas un seul caillot. Après avoir épongé, on se trouve en présence de fibromes multiples de l'utérus, aucun ne saigne : la masse fibromateuse mesure environ 20 cm. de haut sur 10 de large et elle est un peu réclinée à droite. Les annexes gauches ne saignent pas non plus. Les annexes droites paraissent le siège d'un suintement continu. On voit, sur l'ovaire droit, un kyste noirâtre, qui est fissuré ; par la fissure du sang noir s'écoule goutte à goutte. Les trompes sont intactes.

Hystérectomie abdominale sub-totale. Ablation des annexes. Péritonéoplastie après hémostase. On draine et on ferme la paroi.

Suites opératoires normales, à part une double phlébite qui guérit en quarante jours.

Examen des pièces : L'utérus contient plusieurs fibromes, le tout pèse 580 grammes.

La trompe gauche est un peu congestionnée, mais ne contient rien à l'intérieur. L'ovaire présente une saillie noirâtre du volume d'une cerise et que l'on prend pour un kyste hématique.

La trompe droite ne présente aucune particularité, l'ovaire droit montre, à son extrémité inféro-interne, une saillie noirâtre du volume d'une petite prune mi-

rabelle rupturée en un point par où s'écoule le sang.

Examen histologique (par CHAMPY) :

Ovaire droit : Il n'existe pas de corps jaune sur les coupes. La saillie noirâtre est un hématome développé dans le tissu ovarien. Cet hématome est en rapport avec un follicule de DE GRAAF ; sur un point de la paroi de ce follicule, quelques cellules de la thèque sont transformées en cellules à lutéine, ce qui permet d'assurer que la rupture du follicule remonte à peu de temps. C'est sans doute à l'occasion de cette rupture que le kyste hémattique s'est ouvert dans la cavité péritonéale.

Ovaire gauche : Présente également un hématome qui n'est pas rupturé. En examinant ses confins, on ne trouve en aucun point une paroi nettement limitée, ni des cellules folliculeuses.

L'examen des vaisseaux a démontré des lésions de sclérose.

Dans le stroma ovarien on rencontre de petits foyers hémorragiques. Il s'agit donc soit d'une hémorragie interstitielle ouverte dans un follicule, soit d'une hémorragie de la paroi du follicule ayant amené, sur l'ovaire gauche, la disparition complète de la dite paroi. A droite le follicule s'est rompu et le sang s'est écoulé dans le ventre.

La continuité de l'hémorragie s'explique par la sclérose des vaisseaux qui, une fois ouverts, ne pouvaient plus se résorber.



Kyste folliculaire hématique récemment rompu de l'ovaire droit, chez une vierge de 48 ans. Grandeur nature (Dessein inédit).

(F. Jayle, 1910).

OBSERVATION III

(F. JAYLE, *Revue de Gynécologie*
et de Chirurgie abdominale, N° 2, avril 1909)

Mlle X..., 42 ans, vierge. Réglée vers 14 ou 15 ans.

Règles régulières, très abondantes, douloureuses, jusque vers l'âge de 33 ans, puis non douloureuses, puis de nouveau douloureuses depuis un an, durant sept jours.

Jamais de pertes blanches.

Les douleurs, en dehors des règles, ont débuté en octobre 1907. La malade a ses règles le 13 octobre, après un voyage, et il reste à la suite une sensation de pesanteur qui disparaît au bout de quelques jours. En même temps la malade se trouve très faible et ne peut marcher que courbée. Tous les phénomènes s'éteignent au bout de huit jours jusqu'à l'apparition des règles suivantes, en novembre, qui viennent comme d'ordinaire. A la suite de ses règles la malade souffre encore pendant huit jours, puis elle est de nouveau bien pendant quinze jours. Le 4 décembre les règles viennent avec six jours d'avance, cette fois moins douloureuses, aussi abondantes et durant sept jours. La malade reste fatiguée dans les jours qui suivent, et, à ce moment, vers le 10 ou 12 décembre, elle vomit toute une journée. Le 6 janvier les règles reparaissent ; le troisième jour, en revenant des water-closets, la ma-

lade est prise de fortes douleurs abdominales, en même temps que d'étourdissements, et elle n'a pas la force de se déshabiller. Depuis ce moment les douleurs n'ont plus disparu. Les souffrances ont été grandes jusqu'à la fin des règles et ont persisté après. Les douleurs siègent dans les cuisses, les reins, dans tout l'hypogastre, particulièrement au milieu et à gauche, dans les reins. A droite aucune douleur. Vers le 9 janvier il y a eu quelques vomissements. Au moment où les douleurs étaient le plus fortes, les mictions étaient également douloureuses. La malade est constipée depuis octobre. Les premiers jours des règles elle ne pouvait aller à la selle ; après une évacuation le quatrième ou cinquième jour, les douleurs de ventre commençaient, très vives. Il est probable que la contraction intestinale était provoquée par le début de l'hémorragie intrapelvienne.

L'état général est médiocre, la malade est maigre, très anémiée.

Examen physique : L'examen est assez difficile par suite de l'existence de l'hymen, qui est un peu sclérosé et dont l'orifice est très étroit ; aussi ne peut-on faire qu'un examen imparfait ; cependant on arrive à sentir que tout le pelvis est occupé par une masse qui fait corps avec le col et qu'on suppose être l'utérus volumineux, contenant sans doute un fibrome, flanqué à droite et à gauche de masses annexielles, le tout compliqué de pelvi-péritonite.

Intervention le 9 janvier 1908 : Anesthésie à l'éther.

Dès l'ouverture du péritoine on voit que les anses grêles adhèrent au péritoine sus-pubien. En les réclinant avec le doigt on détache des fausses membranes et il s'écoule un peu de liquide. On détache les anses intestinales, et l'aspect du pelvis rappelle tout aussitôt celui de la grossesse extra-utérine avec hématoçèle. Au cours de cette libération très rapidement on ouvre un grand foyer sanguin. La quantité de sang est évaluée à près de trois quarts de litre. Le sang est noir, poisseux. L'utérus est gros, d'un volume double de celui qu'il devrait avoir chez une femme vierge. On cherche tout d'abord s'il n'existe pas une grossesse extra-utérine droite; la trompe est prolabée et perdue dans le liquide d'hématoçèle; on la libère et on l'enlève; on s'aperçoit alors que l'ovaire ne présente aucune lésion. La trompe enlevée n'est d'ailleurs que fortement congestionnée et un peu épaissie; son extrémité est libre, d'apparence saine. On cherche alors à gauche et on trouve les annexes qui paraissent bien être l'origine de l'hémorragie, car l'épanchement est plus abondant du côté gauche et en outre les annexes sont le siège, même pendant l'opération, d'une petite hémorragie. La trompe présente les mêmes caractères que de l'autre côté, et l'ovaire contient deux petits kystes rupturés, dont l'un, noirâtre, laisse suinter du sang. Ces annexes sont enlevées.

La question se pose alors de l'hystérectomie; mais comme l'intervention a été longue, que l'opérée est très faible, qu'il existe une circulation pelvienne déve-

loppée, que la malade étant vierge et l'hymen assez serré, la désinfection vaginale ne sera pas facile, on pratique l'hystéropexie.

Il reste donc l'utérus avec l'ovaire droit. On place un grand drain et quatre mèches. Fermeture de la paroi, comme à l'ordinaire.

Suites opératoires parfaites, guérison au bout d'un mois.

Examen des pièces par M. LATTEUX, Chef de laboratoire de M. le Professeur POZZI.

Les deux trompes ne présentent aucun renflement ; elles sont perméables au niveau du pavillon ; elles ont une dimension normale et sont très légèrement indurées sur toute leur étendue. L'examen histologique n'a rien révélé de particulier.

L'ovaire gauche montre, appendus à son extrémité inféro-externe, deux petits kystes noirâtres qui se sont rompus en revêtant l'aspect déchiqueté de certaines carpelles au moment de la déhiscence. Ces kystes contiennent encore, à leur face interne, une couche de sang coagulé.

L'ovaire, légèrement hypertrophié, étant incisé dans son petit diamètre, laisse apercevoir une troisième cavité kystique, mais ne contenant pas de sang.

Le tissu ovarique se montre à l'œil nu parsemé d'une quantité de petits orifices, qui appartiennent à d'innombrables capillaires dilatés plus ou moins gorgés de sang.

A l'examen microscopique d'une coupe passant par

l'axe du troisième kyste on fait différentes constatations. La couche corticale, à peu près normale dans la majeure partie de son étendue, présente, au pourtour des kystes hémorragiques, une modification particulière. Les cellules sont augmentées de volume et le noyau est arrondi. En un mot le tissu a pris une consistance moins résistante. Il existe une multitude de capillaires ou de petits vaisseaux hypertrophiés faisant une sorte de ceinture vasculaire qui entoure chacun des kystes hémorragiques. Quelques-uns d'entre eux sont rompus et les éléments sanguins se sont répandus de proche en proche, dans tout le tissu ambiant, sous forme d'infiltration.

D'autres, entre les éléments, par le même mécanisme, se sont épanchés dans les deux petits kystes, dont les parois, sous l'effort de la pression, se sont rompues et ont donné naissance à l'hémorragie intrapéritonéale.

Le troisième kyste ne présente pas d'hémorragie interne, mais il est plus que probable qu'il eût subi la même évolution que les deux premiers.

On constate, en effet, qu'il était entouré d'une zone vasculaire considérable et tellement développée qu'en certains points on croirait se trouver en présence d'un tissu angiomateux. Des infiltrations interstitielles sanguines s'étaient déjà produites et n'auraient pas tardé à prendre un développement plus considérable.

En résumé il s'agit de phénomènes hémorragiques provenant de l'hypertrophie et du développement

exagéré des capillaires ovariens, dont les parois, trop faibles, n'ont pu, en se développant, supporter la pression sanguine, se sont rompues et ont donné naissance à des infiltrations sanguines plus ou moins étendues. Le sang s'est épanché dans les cavités kystiques ; sous un excès de pression les kystes ont éclaté et, le suintement continuant, il s'est développé progressivement, et sans doute en plusieurs fois, correspondant aux crises douloureuses, une hématocele considérable.

OBSERVATION IV

Laparotomie pour annexite. Rupture d'un kyste hématique pendant l'examen fait sous chloroforme

(F. JAYLE, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, N° 2, avril 1909)

M. P..., 25 ans, entrée à l'Hôpital Broca, dans le service de M. le Professeur Pozzi.

Laparotomie le 11 juin 1900 par M. Jayle.

Avant l'opération, examen sous chloroforme sans violence ; les annexes gauches sont grosses, empâtées. Les droites, examinées entre deux doigts de la main gauche, dans le vagin, et la main droite sur l'abdomen, sont senties plus grosses ; en les pressant légèrement on sent quelque chose se rompre nettement.

Laparotomie. Malade en déclive. Petite incision. On trouve de suite du liquide séro-sanguinolent dans le cul-de-sac antérieur et, en outre, un caillot gros

comme une amande. Il existe des adhérences légères et de l'inflammation chronique péritonéale. On recherche les annexes du côté droit, qui sont gorgées de sang et dont l'ovaire contient un gros kyste hématique qui a crevé. Ablation des annexes de ce côté. A gauche les annexes sont très congestionnées : ovaire volumineux, trompe du volume du petit doigt à son pavillon ; comme les annexes ne sont que congestionnées, on les laisse en place.

OBSERVATION V

Laparotomie itérative après hystérectomie abdominale subtotale. Ablation d'un ovaire contenant un gros kyste hématique ; rupture pendant l'examen fait sous chloroforme.

(F. JAYLE, *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, N° 2, avril 1909)

Mme M..., 32 ans, entre dans le service le 28 septembre 1901.

Diagnostic : Utérus en rétroversion et en rétroflexion sans adhérences, contenant des fibromes. Ovarite gauche.

Première opération le 22 octobre 1901 : Laparotomie par M. Jayle. Dès l'ouverture du ventre on voit qu'il s'agit d'un utérus contenant plusieurs fibromes. L'ovaire gauche est dégénéré ; l'ovaire droit n'est pas kystique. La myomectomie simple est impossible.

Hystérectomie sus-vaginale par le procédé ordinaire ; pinces sur les ligaments larges et section. Ablation des annexes gauches et de la trompe droite. Suture au catgut du moignon utérin en deux plans. Suture au catgut en surjet des ligaments larges. Suture du péritoine par dessus le moignon cervical, le tout de manière à n'avoir aucune surface cruentée intrapéritonéale.

Fermeture du ventre. Pas de drainage.

Durée de l'opération : cinquante minutes.

Longueur de l'incision : 11 cm., dont 4 1/2 dans les poils.

Suites opératoires très simples, sans phénomènes péritonéaux. Guérison.

Examen des pièces : L'utérus enlevé est globuleux et présente à sa surface plusieurs petites bosselures dues à des fibromes. Le poids est de 170 grammes.

Les trompes sont un peu congestionnées, mais sans lésions notables macroscopiques.

L'ovaire gauche, seul enlevé, est un peu gros ; dans son ensemble il est un peu scléreux et présente, à son extrémité externe, un kyste hématique du volume d'une noisette. Sur une coupe le divisant par moitié, suivant son grand axe, on voit deux petits kystes séreux du volume d'un pois, intraparenchymateux, et le kyste hématique signalé déjà.

En novembre 1902 la malade revient à l'hôpital pour une éventration.

Deuxième opération, le 29 novembre 1902, par

M. Jayle : Incision circonscrivant la cicatrice et ouverture du péritoine à droite de la ligne médiane ; agrandissement de l'incision péritonéale au ciseau en se guidant sur le doigt préalablement introduit ; pas d'adhérences de l'intestin, ni de l'épiploon.

Exploration du bassin : le petit bassin contient un peu de sang provenant d'une petite rupture faite à un kyste hématique de l'ovaire droit, rupture provoquée par un examen fait avant l'opération sous chloroforme par M. Jayle, sans aucune force.

On constate que le petit bassin ne présente rien autre de particulier.

Il reste, de la première opération, seulement l'ovaire droit très scléreux, auquel est appendu un kyste sanguin du volume d'une noix. Ablation de cet ovaire.

Fermeture du péritoine. Alors on commence la libération des muscles droits, qui sont écartés l'un de l'autre de 3 cm. environ. Suture en surjet au catgut du muscle et de l'aponévrose. Enfin, suture de la peau au crin de Florence.

Suites opératoires : Guérison. Exeat le 24 décembre 1902.

Examen de la pièce : L'ovaire est scléreux dans son ensemble et présente, à l'extrémité opposée au hile, trois petits kystes séreux et un kyste hématique du volume d'une noix ; la paroi de ce dernier kyste est très mince, et sous une pression peu forte, mais faite sous chloroforme au moment de l'opération, s'est laissée rompre en un point.



Gros kyste hématique, sur l'ovaire droit scléreux, développé 13 mois après une hystérectomie pour fibromes, et conservé parce qu'il n'était pas kystique. Grandeur nature (Dessin inédit).

(F. Jayle, 1902).

Remarques : Cette malade avait une tendance à faire de grandes poussées congestives pelviennes. Lors de la première opération il s'était déjà développé un kyste hématique dans l'ovaire gauche. Entre la première et la deuxième opération un kyste hématique s'est développé dans l'ovaire laissé en place. La dimension de ce kyste est à remarquer ; de même la friabilité de la capsule d'enveloppe.

Il est à noter que l'examen sous chloroforme, fait sans aucune force, a amené la perforation du kyste et un épanchement sanguin dans le pelvis. Si cet examen n'avait pas été pratiqué juste avant l'intervention, il eût été suivi d'une complication péritonéale.

On peut tirer de ce cas cette conclusion que l'ovarite hématique ayant tendance à la bilatéralité, l'existence d'un ovaire hématique doit, dans l'hystérectomie, inviter le chirurgien à enlever l'autre ovaire, même s'il paraît sain, au moment de l'intervention.

OBSERVATION VI

Inondation péritonéale par hémorragie de l'ovaire
(SARROUY et H. DUBOUCHER, *Société d'Obstétrique*
et de Gynécologie d'Alger,
séance du 13 novembre 1924)

Femme de 25 ans, prise d'une violente douleur abdominale inférieure droite et de nausées. Puis la douleur s'étend à tout le ventre ; pas de vomissements ;

quelques gaz ; pas de selle. Le pouls est à 84 et la température est de 37°7. Le ventre est légèrement ballonné et sensible à la pression ; la douleur est plus marquée en bas et à droite. Pas de défense musculaire.

Au toucher vaginal, l'utérus est gros et un peu mou. Sa mobilisation est très douloureuse, ainsi que la pression dans les culs-de-sac. Rien de perceptible aux annexes. La malade a un retard de règles de quinze jours.

On porte le *diagnostic* d'hémorragie péritonéale par rupture de grossesse ectopique droite.

Intervention : Le péritoine contient un demi-litre de sang. La trompe droite est saine, mais l'ovaire présente une petite cavité grosse comme l'extrémité de l'index, dont la paroi déchirée laisse encore écouler du sang goutte à goutte. Il semble ne pas s'agit d'un kyste lutéinique ; on tente de conserver l'ovaire, on fait un surjet sur la déchirure. L'hémorragie s'arrête, toilette du péritoine.

A gauche, trompe et ovaire sains.

On pratique l'appendicectomie et on referme. Suites opératoires normales.

OBSERVATION VII

Hémorragie abdominale d'origine ovarienne

(HUGO ROTH, de Bratislava, *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, séance du 14 mars 1927)

Mlle M..., 21 ans. Règles irrégulières. Menstruation douloureuse. Elle présente brusquement des douleurs violentes dans la région iléo-cœcale. Son pouls est niégal et rapide : 96 à 100 ; la température est de 37°8. On croit à une appendicite.

Intervention : Incision de Mac-Burney. On trouve du sang dans la cavité abdominale. On referme et on pratique une laparotomie médiane. Environ 800 cc. de sang sortent de l'abdomen. On extirpe l'ovaire droit et l'appendice.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce : Ovaire hypertrophié de teinte rouge foncé, présentant un corps kystique dont la paroi est rompue et dont la cavité est remplie de caillots.

L'examen des coupes en série des trompes a démontré l'absence de toute grossesse ectopique.

OBSERVATION VII

Un cas d'hématocèle pelvienne par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire

(DAMBLIN et POMMEPERUY, *Société d'Obstétrique
et de Gynécologie de Toulouse*,
séance du 27 mai 1927)

Il s'agit d'une femme de 27 ans, examinée pour occlusion intestinale. Dans ses antécédents on relève qu'elle a toujours été bien réglée ; elle a deux enfants bien portants et elle a fait une fausse-couche. Elle se présente à l'hôpital avec une constipation chronique et de petites métrorragies.

Brusquement elle présente des douleurs violentes dans la région lombaire, douleurs qui s'irradient vers les cuisses. L'abdomen est ballonné, mais sans contractures. Le pouls est à 100 et la température à 39°.

Au toucher vaginal on constate que le col, ramolli, est appliqué contre la symphyse pubienne, les culs-de-sac latéraux sont normaux, mais dans le cul-de-sac postérieur on trouve une tumeur mollassse et douloureuse. Une ponction du cul-de-sac de Douglas ramène du sang noirâtre. On porte le diagnostic d'hématocèle pelvienne par rupture de grossesse extra-utérine.

Intervention : L'utérus, de volume normal, est repoussé en avant. Son fond et sa face postérieure sont perdus dans un bloc d'adhérences avec l'intestin.

Appendicectomie et libération prudente des adhérences. Il s'écoule une grosse quantité de sang noir et de caillots. Hystérectomie subtotale par le procédé américain. Nettoyage du cul-de-sac de Douglas, drainage à la Mickulicz.

Suites opératoires parfaites.

Examen de la pièce par le Professeur Tapie : Il ne s'agit pas de grossesse extra-utérine, mais de salpingite et d'un kyste de l'ovaire droit, à contenu hématique.

OBSERVATION VIII

Hématocèle d'origine ovarienne

(DELFOURD, d'Epinal, *Réunion obstétricale
et de Gynécologie de Nancy*,
séance du 21 mars 1928)

Mme K..., 37 ans; elle a eu un enfant, bien portant, et elle est bien réglée.

Brusquement elle présente des douleurs pelviennes et des métrorragies; pas de température; son pouls est à 80.

A l'examen on relève l'existence dans le bassin d'une masse rénitente, de la taille d'une grosse orange, occupant le Douglas et la région du ligament large gauche.

Intervention : On pratique une laparotomie médiane. Les deux trompes sont volumineuses, noires, disten-

dues par du sang, surtout la trompe gauche. Hématocèle qui occupe le Douglas. Libération des annexes et évacuation du Douglas. On pratique une hystérectomie subtotale. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce par M. le Professeur Lucien : Montre que l'hémorragie s'est développée au niveau d'une formation lutéinique de l'ovaire gauche. En résumé il s'agit d'une hématocèle consécutive à la rupture d'un foyer hémorragique développé dans un corps jaune et d'un hématosalpinx double consécutif.

OBSERVATION IX

Hémorragies intrapéritonéales graves, d'origine génitale, non associées à des grossesses ectopiques (Crousse). Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique. Séance du 3 janvier 1931.

A. — Il s'agit d'une tumeur annexielle fluctuante, du volume d'une mandarine, qui, pendant l'examen, disparaît brusquement, en même temps que la malade accuse un malaise considérable.

L'opération pratiquée d'urgence montre un ovaire volumineux et porteur d'un kyste qui saigne par une brèche de sa paroi postérieure.

L'examen microscopique établit qu'il s'agit d'un kyste du corps jaune.

B. — On se trouve en présence d'un kyste rompu de l'ovaire, rupture survenue au moment présumé des

règles et accompagnée de violentes douleurs à droite et de syncopes. Ici aussi l'abdomen contenait une grande quantité de sang. Bien que l'examen microscopique n'ait pas été fait, on croit qu'il s'agit d'un kyste du corps jaune ou d'un follicule.

OBSERVATION X

Hémorragie péritonéale d'origine ovarienne (Hamant, Bodart et Chalnot). — *Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy*. Séance du 21 décembre 1932.

Jeune fille de 18 ans présentant une douleur vive dans la fosse iliaque droite avec nausées. Le pouls est à 90, la température à 37°5.

Le *diagnostic* d'appendicite aiguë est porté.

Intervention : Laparotomie médiane. On trouve deux à trois cuillerées à soupe de sang dans la cavité abdominale et un petit point saignant sur l'ovaire droit. On la cauterise au thermo. On enlève l'appendice. L'abdomen est fermé sans drainage.

Les suites sont normales.

OBSERVATION XI

Inondation péritonéale d'origine ovarienne par rupture de kyste du corps jaune (F. CONDAMIN, de Villefranche). *Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon*. Séance du 6 février 1933.

Mme R..., 25 ans, bien réglée, présente actuellement une aménorrhée datant de deux mois, sans au-

cun symptôme de gravidité. Brusquement elle ressent une douleur vive, syncopale, dans la fosse iliaque droite, le pouls est à 90, pas de température.

A l'examen on ne trouve rien au niveau de l'appendice et on ne constate pas de symptôme de gravidité. Au toucher le col est dur, l'utérus un peu gros non ramolli ; le cul-de-sac postérieur est douloureux et empâté ; les annexes droites sont très douloureuses ; aucune perte.

On porte le *diagnostic* d'inondation péritonéale.

Intervention : A l'ouverture de l'abdomen on trouve un litre de sang environ. Aspiration, évacuation de caillots importants dans le Douglas. Les trompes sont saines. On découvre alors une ovarite droite kystique adhérente dans la gouttière latérale, du sang artériel s'en échappe. Castration droite. Fermeture. Suites opératoires simples.

Examen de la pièce : kyste du corps jaune, fissuré, du volume d'une noix sèche.

OBSERVATION XII

Hémorragie péritonéale avec choc par rupture d'un kyste lutéinique (BROUHA). Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique. Séance du 4 juin 1932.

Brouha relate l'observation d'une malade présentant des crises douloureuses du bas-ventre, l'empâtement et la douleur exquise du Douglas, la colpotomie dé-

couvrant du sang font poser le diagnostic de grossesse tubaire rompue.

On constate que cet ovaire saigne par un pertuis de 2cm. environ, béant dans sa partie centrale. Il s'agit d'une hémorragie en nappe, de sang rouge vif, sans caillots, dont une partie a rempli le Douglas et souillé les anses avoisinantes : environ 250 à 300 cm^3 . Par ailleurs l'utérus est mou, de volume supérieur à la normale, donnant l'impression d'un début de gravidité. La trompe droite est normale, sans aucune trace de grossesse tubaire. Ablation des annexes droites et de l'appendice. Suture de la paroi.

Suites opératoires normales, avec expulsion d'un petit œuf au troisième jour.

Examen de la pièce. — Une coupe sagittale effectuée sur l'ovaire extirpé montre la présence dans sa partie centrale, d'un volumineux corps jaune de grossesse, surmontée d'une cavité kystique remplie de caillots.

L'examen microscopique d'un fragment du corps jaune montre la présence de lobules formés d'éléments épithéliaux volumineux. Ces lobules sont délimités par des bourgeons vasculo-conjonctifs épais. Le centre du corps jaune est formé par un noyau fibreux de tissu conjonctif adulte, non vascularisé (Vielle).

L'opération montre qu'il s'agit de kystes lutéiniques des deux ovaires dont la rupture de l'un d'eux a pro-

voqué le « choc ». Des capillaires gorgés de sang sillonnent la thèque interne et expliquent l'hémorragie.

OBSERVATION XIII

Hémorragie abdominale d'origine ovarienne (J. COLLE et J. MONTAGNE). *Réunion Obstétricale de Lille*.
Séance du 29 mars 1933.

Mme R..., 30 ans, présente une douleur nette, avec contracture légère, dans la fosse iliaque gauche. Dans les antécédents on relève : trois grossesses normales, une fausse couche suivie de curettage et des règles irrégulières. Actuellement il existe un retard de règles de douze jours.

Au toucher vaginal on constate que le cul-de-sac de Douglas est douloureux et bombe légèrement. Le col est mou ; le corps utérin légèrement augmenté de volume. L'hypothèse d'une grossesse ectopique récente paraît plausible.

Intervention. — On trouve du sang dans l'abdomen. La trompe et l'ovaire gauche sont normaux. L'ovaire droit prolabé à gauche dans le Douglas, est scléro-kystique, gros comme un œuf de poule.

OBSERVATION XIV

Hémorragie pelvienne intra-péritonéale d'origine ovarienne (CREYSSEL et COLSON). Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lyon. 6 novembre 1933).

Mme F..., 27 ans, chez laquelle on avait fait le *diagnostic* d'hématocèle par rupture de grossesse tubaire. Ce diagnostic était basé sur les antécédents de la malade, dans lesquels on relève un retard de règles de deux mois, les dernières règles étant peu abondantes et ayant survenu avec un retard de huit jours. Le pouls est à 110, pas de température.

Au toucher vaginal on trouve un col non ramolli, en antéposition et un empâtement diffus, bombant dans le cul-de-sac de Douglas, qui était très douloureux à la pression.

Intervention. — Après laparotomie médiane, sous-ombilicale, le sang s'échappe à flot avec quelques caillots. Les trompes sont saines, l'ovaire gauche est normal. L'ovaire droit est très gros et présente à sa surface trois petites masses kystiques dont l'une est identifiée à un corps jaune gravidique. Ablation de l'ovaire droit. Assèchement de la cavité péritonéale. Fermeture de la paroi. La quantité de sang retiré est à peu près de trois quarts de litre. Suites opératoires normales, sans température.

Examen de la pièce. — L'ovaire enlevé présente des dimensions qui sont près de quatre fois celles d'un

ovaire normal. La surface, sans adhérences, présente trois saillies arrondies, manifestement kystiques, identiques par leur taille. Ils sont situés superficiellement sous l'albuginée. Le plus interne de ces kystes, de coloration blanchâtre est un kyste dermoïde. Le second a l'aspect d'un corps jaune gravidique. A la coupe il se présente comme tel, ayant en son centre, une zone hémorragique occupée par un caillot récent. Le troisième, bleuté, laisse échapper à l'ouverture, un peu de liquide séro-sanguinolent.

Après un examen histologique approfondi on constate l'absence de débris placentaires et de tous tissus pouvant faire penser à une grossesse ovarienne, la présence d'un kyste lutéinique en pleine activité sécrétoire, et de zones hémorragiques disséminées signant une véritable « apoplexie ovarienne ». En conclusion, la netteté des lésions vasculaires de l'ovaire donne de l'hémorragie une explication suffisante.

OBSERVATION XV

Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune (R. FOURNIER). Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, 3 mars 1934.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, non mariée, adressée avec le diagnostic d'hydrosalpinx ou grossesse tu-

baire gauche. La malade était bien réglée, puis elle a présenté une aménorrhée de deux mois et demi, puis les règles réapparaissent et sont normales. Trois semaines après la malade présente une douleur violente dans le bas-ventre et des vomissements. Pas de température, pouls à 80. A l'examen, l'abdomen est souple, non douloureux, on constate une légère sensibilité dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher vaginal, le col est dur et fermé, l'utérus petit et dur. Tuméfaction kystique dans la région annexielle gauche, légèrement sensible. A droite les annexes paraissent grossies et fixées.

Intervention. — Incision de la paroi. Dans le petit bassin collection importante de caillots, mélangés de sang liquide, remplissant le Douglas et entourant les annexes gauches : quatre à cinq cents grammes de sang environ. A part quelques brides péri-annexielles les annexes droites sont saines en apparence, l'utérus est petit et dur. Les annexes gauches entourées de caillots adhérents forment une tuméfaction du volume d'une orange. La trompe est congestionnée et épaissie. Le pavillon semble normal, l'orifice abdominal n'est pas dilaté et ne laisse passer aucune goutte de sang. L'ovaire est agrandi recouvert de caillots qui lui adhèrent. Il paraît être la source de l'hémorragie. Les annexes gauches sont enlevées, toilette du péritoine et fermeture de la paroi.

Examen de la pièce. — On constate vers le bord externe et à mi-hauteur de l'ovaire un orifice de rupture communiquant avec une petite cavité donnant issue à du sang liquide foncé. Une coupe faite après fixation, montre que cette petite cavité rompue à l'extérieur, à parois épaisses et lisses est remplie en partie de sang liquide. Dans son pôle inférieur un caillot du volume d'une cerise adhère intimement à un corps jaune, bien constitué, qui présente en son milieu une zone hémorragique. La trompe ne contient pas de sang, l'orifice abdominal est ponctiforme, la lumière est complètement oblitérée. Une coupe faite au niveau de la zone indurée révèle un nodule caséux caractéristique d'une tuberculose salpingienne.

A l'examen histologique on voit que la trompe est épaissie, infiltrée de tuberculose. L'ovaire est indemne, la paroi du kyste rompu est formée par le revêtement typique d'un kyste du corps jaune qui est en état de vascularisation. On ne trouve aucun élément foetal.

Conclusion : l'hémorragie ovarienne doit provenir d'un corps jaune en état de vascularisation particulièrement riche, en rapport probablement avec l'hyperémie accompagnant l'inflammation tuberculeuse de la trompe. Le sang s'étant épanché très lentement dans la cavité abdominale, explique l'absence de tout signe d'hémorragie interne.

OBSERVATION XVI

Hématocèle pelvienne par rupture d'un kyste folliculaire ovarien (A. GUILLEMIN). Réunion obstétricale et gynécologique de Nancy, 18 juillet 1934.

Victoire V..., 18 ans, bien réglée, présente brusquement une douleur abdominale violente et deux syncopes coup sur coup. Puis la douleur s'atténue. Le lendemain, autre crise douloureuse et syncope, puis vomissements de bile. Les douleurs persistent et il y a contracture de la paroi abdominale, avec hyperesthésie. La température est à 38°. Au toucher on trouve un utérus de volume normal, col un peu mou. Le Douglas bombe et est très douloureux, le cul-de-sac gauche fait saillie, la douleur est si vive que la trompe ne peut être perçue. Le cul-de-sac droit est plus souple. La mobilisation utérine est douloureuse, le doigt qui touche est légèrement taché de sang. La main abdominale perçoit une tuméfaction que le palper bimanuel reconnaît à la fois dure et mollassse.

Le pouls est à 110 ; la respiration est courte. En présence de ces phénomènes chez une femme qui présentait des pertes verdâtres, on fait le *diagnostic* de salpingite aiguë avec collection pelvienne.

On pratique une colpotomie qui donne issue à du sang noir, épais, visqueux, avec des caillots. Le doigt introduit dans la brèche sent de nombreux caillots qui sont décollés, d'abord au doigt puis avec une com-

presse montée sur une pince. On recueille ainsi trois verres de sang. A la fin de cette évacuation la masse abdominale a notoirement diminué.

Un gros drain est placé dans la plaie opératoire qui donnera encore un peu de sang pendant quelques jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Les règles reprennent normalement. L'utérus est libre, les annexes ne sont pas tuméfiées, le Douglas est souple.

En résumé, il s'agit donc d'une hématocele rétro-utérine provoquée par la rupture d'un kyste folliculaire ou lutéinique de l'ovaire. L'hémorragie qui en est résultée a été assez abondante pour provoquer des phénomènes graves.

Ces cas ne sont pas rares, mais le diagnostic en est difficile. La laparotomie est pratiquée, dans la plupart des cas, pour réaction péritonéale aiguë ou pour des signes d'hémorragie prêtant à confusion avec une rupture tubaire.

OBSERVATION XVII

(A. HAMANT et L. GUIMAUULT.)

Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy,
21 février 1934.

*Hémorragie intra-péritonéales d'origine annexielle
non gravidique.*

Il s'agit d'une femme de 27 ans, qui ressentit brusquement une douleur abdominale déchirante avec fa-

ciès anxieux, teint grisâtre, respiration courte. L'abdomen est souple mais la pression réveille une douleur dans la région hypogastrique. Au toucher vaginal le cul-de-sac postérieur est douloureux. Les dernières règles datent de quinze jours auparavant.

Le *diagnostic* de grossesse extra-utérine est porté.

Intervention d'urgence, on trouve une quantité notable de sang dans le ventre et des caillots dans le Douglas. Gros kyste hématique rompue de l'ovaire gauche. Résection partielle de cet ovaire. Il existe des séquelles de salpingite ancienne ; les trompes sont obstruées.

Guérison sans incident.

OBSERVATION XVIII

(LONDON et CABANAC.)

Réunion Obstétricale et Gynécologique de Montpellier,
Séance du 6 février 1935.

*Hémorragie ovarienne intra-péritonéale,
non gravidique.*

Mlle X..., 21 ans, présente un syndrome abdominal avec prédominance de la douleur dans la fosse iliaque droite.

A l'examen la palpation révèle de la défense musculaire dans la partie droite de l'abdomen ; le côté gauche est souple et indolore. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression.

Règles normales.

Le *diagnostic* d'appendicite est porté.

Intervention. — Incision de Mac Burney. Le péritoine contient du sang qui semble venir du pelvis. On referme et on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Il y a près d'un litre de sang dans l'abdomen, en majeure partie fluide, dans le pelvis sont quelques caillots.

Après avoir épongé le sang et enlevé les caillots, nous examinons l'appareil génital et trouvons sur l'ovaire gauche une poche kystique du volume d'une noix ; ce kyste est éclaté et laisse suinter un filet de sang. L'utérus est normal, de même l'ovaire droit. Nous pratiquons l'annexectomie gauche. L'appendice sain est laissé en place.

Les suites opératoires sont parfaites.

Examen de la pièce : l'examen histologique a montré qu'il s'agissait de l'hémorragie d'un corps jaune avec transformation de ce dernier en kyste hématique.

OBSERVATION XIX

(E. DELANNOY)

Réunion Obstétricale de Lille, 26 juin 1935.

Hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne
(en dehors de la grossesse ectopique.)

1° Mlle M. C..., âgée de 34 ans, présentant un syndrome abdominal aigu : douleurs abdominales, vo-

missemments, arrêt des selles et des gaz. Le pouls est rapide, petit, la température est à 37° 5.

Règles normales et régulières.

A l'examen on trouve l'abdomen ballonné, tympanique, la matité est plus nette dans la fosse iliaque droite que dans la fosse iliaque gauche. Pas de défense musculaire, ni de contracture, ni de tuméfaction.

Le toucher vaginal révèle une douleur exquise à la pression du cul-de-sac postérieur, sans empatement ni tumeur.

Le *diagnostic* reste hésitant entre une péritonite appendiculaire et une inondation péritonéale.

Laparotomie d'urgence : aspect bleuâtre du péritoine, il y a environ un litre de sang libre dans la cavité abdominale et une poignée de caillots dans le Douglas. Après extériorisation de l'utérus on trouve sur l'ovaire scléro-kystique une rupture fissuraire d'un microkyste qui laisse échapper du sang rouge ; une vérification soigneuse de la trompe droite et des annexes gauches ne laisse aucun doute sur l'origine de l'hémorragie. On procède rapidement à l'ablation des annexes droites et l'abdomen est refermé sans drainage.

La malade guérit sans incidents.

L'examen histologique (Curtis) a permis de conclure à la rupture d'un kyste folliculaire sans trace aucune de grossesse ectopique.

2° Mme B..., 30 ans, sans aucun passé génital ni obstétrical présente une douleur violente en coup de poignard dans la fosse iliaque droite, sans irradiations

particulières. Pas de vomissements mais arrêt des gaz. Le pouls est à 92, la température à 37°8. Règles normales.

A l'examen on constate que l'abdomen est augmenté de volume, facilement palpable, on y découvre une tumeur arrondie, rénitente, lisse et régulière du volume d'une tête d'enfant ; située un peu à gauche de la ligne médiane et dans la région sous-ombilicale, très mobile et peu douloureuse. On pense à un kyste de l'ovaire. La fosse iliaque droite est libre, mais douloureuse à la palpation profonde. Au toucher vaginal on trouve un utérus de volume normal, repoussé en avant ; le cul-de-sac latéral droit est occupé par un empâtement très douloureux qui descend vers le cul-de-sac postérieur, à ce niveau la pression est très douloureuse. D'autre part, la masse abdominale gauche est indépendante de l'utérus et semble être un kyste ovarique.

Le *diagnostic* de kyste de l'ovaire gauche est porté ; quant à la lésion droite on hésite entre une appendicite pelvienne ou une hématoçèle rétro-utérine.

Intervention. — Laparotomie médiane. Pas de sang dans la cavité péritonéale mais on trouve, 150 à 200 grammes de sang coagulé dans le Douglas ; l'hémorragie vient en bavant d'un petit kyste rompu de l'ovaire droit doublé de volume. D'autre part il existe : un kyste de l'ovaire gauche longuement pédiculé, du volume d'une tête d'enfant, un kyste du volume d'un œuf de poule dans l'épaisseur du ligament large gau-

che, enfin un autre kyste du même volume dans l'épaisseur du ligament large droit.

On fait une ovariectomie bilatérale avec ablations des kystes du ligament large. Appendicectomie complémentaire.

Suites opératoires bénignes.

Examen histologique de l'ovaire droit a montré qu'il s'agissait de la rupture d'un kyste folliculaire, sans aucun élément permettant de penser à une grossesse ovarienne.

OBSERVATION XXI

(A. GUILLEMIN.)

Réunion Obstétricale et Gynécologique de Nancy,
18 mars 1936.

Suite de l'histoire d'une hémogénique qui a présenté une inondation péritonéale par rupture d'un follicule ovarien.

Le 21 mars 1935, Mlle M. G..., 16 ans, avait été opérée d'urgence pour une hémorragie intra-péritonéale provoquée par la rupture d'un corps jaune. Il s'agissait d'une hémogénique. A l'opération, l'ovaire droit continuant à saigner on avait dû l'enlever.

Le 8 février 1936, Mlle G..., 17 ans, quinze jours après ses règles, présente une douleur abdominale violente dans la fosse iliaque gauche. La palpation en est douloureuse. Le toucher vaginal est négatif.

Intervention. — Laparotomie. Dans le péritoine on aspire environ 800 grammes de sang, dans le Douglas il y a quelques caillots. Sur l'ovaire gauche un follicule est rompu et saigne d'une façon lente et continue. L'ablation de l'ovaire est pratiquée et on laisse une greffe ovarienne sous les téguments.

Suites opératoires banales.

Examen de la pièce : ovaire augmenté de volume, tuméfié et oedémateux. Volumineuse poche hémorragique en communication avec l'extérieur. Nombreux petits kystes corticaux donnant à l'organe un aspect spongieux. Etat congestif très accusé de l'ovaire ; les vaisseaux sont dilatés ; il existe des foyers hémorragiques interstitiels plus ou moins étendus. Kystes folliculaires à contenu albumineux et parfois hématique. La paroi de la poche hémorragique est tapissée par un épithélium lutéinien pluristratifié à grosses cellules. En résumé, il s'agit d'une hémorragie développée au cours de l'évolution d'un corps jaune.

CONCLUSIONS

I. — Des hémorragies graves intra-péritonéales, analogues à celles provoquées par la rupture d'une grossesse extra-utérine, ont pour cause l'éclatement d'un petit kyste hématique folliculaire ou lutéinique de l'ovaire.

II. — Les kystes hématiques ont été observés durant presque toute la période d'ovulation de la femme, soit depuis l'adolescence jusqu'à la ménopause et même dans un cas de conservation d'un ovaire après l'hystérectomie. Tout kyste hématique peut se rompre et, chez certains sujets, déterminer une hémorragie intra-péritonéale grave.

III. — La laparotomie est à pratiquer dans tous les cas graves. L'ablation de l'ovaire est à conseiller ; chez tous les sujets jeunes l'ablation sera systématiquement unilatérale ; chez les femmes près de la ménopause l'ablation bilatérale peut être envisagée, le kyste hématique se développant assez fréquemment à cet âge sur les deux ovaires.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BARBIER. — *Thèse de Lyon*, 1901.
- BARTHÉLEMY. — Kyste hémorragique du corps jaune. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1925.
- BAUMANN (J.). — *Thèse de Paris*, 1934.
- BONNEDU. — Quelques documents opératoires sur la ponte ovulaire hémorragique. *Revue française de Gyn. et Obst.* Août 1922, p. 417.
- BLOCH (J.-C.) et BLONDIN (S.). — Les hémorragies intra-péritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique. *Science médicale pratique*, 1931, p. 652.
- BROUHA. — Hémorragie péritonéale avec choc par rupture d'un kyste lutéinique. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 4 juin 1932, p. 722.
- BOURDE. — Rapport sur le travail du Luccioni à la Société de Chirurgie de Marseille, 27 Juin 1932.
- CESTAN. — Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. *Thèse de Paris*, 1893.
- CHARBONNIER (de Genève). — L'Incision de F. Jayle. (*La Presse Médicale*, 25 décembre 1937.)
- CLARK. — Hémopéritoine par rupture de corps jaune. *Progress médical de Philadelphie*, 1924, T. II, p. 255.
- CLÉMENT. — Les formes non catachysmiques de la ponte ovulaire hémorragique. *Thèse de Paris*, 1933.
- CONDAMIN. — Inondation péritonéale d'origine ovarienne par rupture de kyste du corps jaune. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 6 février 1933.

- COLLE (J.). et MONTAGNE (J.). — Hémorragie abdominale d'origine ovarienne. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 29 mars 1923.
- CREYSSEL et COLSON. — Hémorragie pelvienne intra-péritonéale d'origine ovarienne. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 6 novembre 1933.
- CROUSSE. — Hématocèle consécutive à la rupture d'un foyer hémorragique développé dans un corps jaune et d'un hématosalpinx double consécutif. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 3 janvier 1931.
- DAMBLIN et POMMEPUY. — Un cas d'ématocèle pelvienne par rupture d'un kyste hémattique de l'ovaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 27 mai 1927.
- DANIEL (C.). — Kyste hémorragique de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 1904, LXXIX, 487.
- Les petits kystes hémorragiques de l'ovaire, considérés au point de vue chirurgical. *Revue de Gyn. et Chir. Abd.*, Paris 1905, IX, 195.
- DARTIGUES. — Des productions kystiques intra-ligamentaires consécutives à l'hystérectomie abdominale. Cas de laparotomie pour trois kystes volumineux. *Bulletin de la Société de l'Internat*, 23 mai 1907.
- DELANNOY (E.). — Hémorragies intra-péritonéales d'origine ovarienne (en dehors de la grossesse ectopique). 26 juin 1935. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*
- DELFOURD. — Hématocèle d'origine ovarienne. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 21 mars 1928.
- DENONVILLERS et DEMARQUAY. — Observation d'une hémorragie péritonéale devenue promptement mortelle et occasionnée par une rupture de l'ovaire droit. *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1885, VI, 220.
- DEPAGE. — Rupture de l'ovaire. Hémorragie intra-péritonéale. *Bull. de la Soc. Belge de Chirurgie*, 19 mars 1898, p. 53.

- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, 1923.
- FERBRUGGE (A.). — Rupture d'un corps jaune causant une hémorragie intra-abdominale chez une jeune hémophile. *Zentr. für Chir.*, 2 mars 1919, p. 519.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. (Traité de Le Dentu-Delbet).
- FORGUE et MOLLINE. — Inondation péritonéale par rupture d'un kyste de l'ovaire. *Soc. des Sciences Méd. et Biol. de Montpellier*, 1^{er} juillet 1927.
- FORSSNER. — Peut-on voir une forte hémorragie intra-péritonéale sans grossesse par rupture d'un follicule de Graafou du corps jaune. *Arch. f. Gyn.*, 1916, p. 74.
- FOURNIER. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste du corps jaune.
kyste du corps jaune. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 3 mars 1934.
- GABRIEL. — Hématocèle rétro-utérine par hémorragie ovarienne. *Arch. f. Gyn.* 1901, T. 64, Fasc. 2, p. 449.
- GUILLEMIN (A.). — Hématocèle pelvienne par rupture d'un kyste folliculaire ovarien. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 18 juillet 1934.
- Suite de l'histoire d'une hémogénique qui a présenté une inondation péritonéale par rupture d'un follicule ovarien. 18 mars 1936.
- HAMANT (A.), BODART et CHALNOT. — Hémorragie péritonéale d'origine ovarienne. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 21 décembre 1932.
- HAMANT (A.) et GUINAULT (L.). — Hémorragie intra-péritonéale d'origine annexielle non gravidique. 21 février 1934. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*
- HITZANIDES (E.). — Rupture d'un kyste du corps jaune de l'ovaire simulant une grossesse extra-utérine rompue. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, novembre 1935.

- HORNUNG. — L'ovaire source d'hémorragies intrapéritonéales. *Jeselnk f. Geb. und Gyn.*, 22 janvier 1923. *Munch. Med. Woch.*, 1923, t. 70, N° 19, p. 592.
- JAYLE (F.). — Hémorragie interne par rupture d'un petit hématome de l'ovaire dans un cas de fibrome. 23° *Congrès français de Chirurgie*, 4 octobre 1910.
- L'hématocèle rétro-utérine par rupture de petit kyste hématique de l'ovaire. *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 2. Avril 1909.
- KABOTH. — Hémorragie du corps jaune menaçant la vie. *Archiv. f. Gyn.* 1923, T. LXXXI, fasc. 1, p. 148.
- LAVENANT (M.). — Trois cas d'inondation péritonéale d'origine lutéinique chez des jeunes filles où l'on fit le diagnostic de kyste de l'ovaire tordu, de grossesse extra-utérine rompue, et d'appendicite aiguë. *Soc. de Chir. de Paris*, 2 décembre 1932.
- LECÈNE. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste du corps jaune. *Ann. de Gyn. et Obst.*, mai 1914.
- LECÈNE et TAITZ. — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste du corps jaune. *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1914.
- LEMONNIER. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, T. LVIII, n° 34, 31 décembre 1932, p. 1.603.
- LONJON et CABANAC. — Hémorragie ovarienne intra-péritonéale non gravidique. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 6 février 1935.
- LUTTGE. — Hémorragie ovarienne menaçante pour la vie. *Zentr. f. Gyn.*, 1924, n° 24, p. 1297.
- MANGÉ (J.). — Un cas d'hématocèle pelvienne non gravidique. *Bull. et Mém. Soc. Gyn. et Obst.*, février 1924, p. 114.
- MARTY (A.-J.). — Contribution à l'étude des hémorragies du corps jaune. *Thèse de Bordeaux*, 1927.

- MOLIN. — Symptomatologie des kystes du corps jaune et corps jaunes hypertrophiques. *Lyon Médical* n° 19, 11 mai 1930.
- MOORE. — Hémorragie intra-abdominale par rupture d'un kyste de corps jaune. *Ann. of. Surg.*, 1922, 75, 4, p. 492.
- MOULONGUET. — Observation de Lemonnier. *Soc. Nat. de Chir.*, 21 décembre 1932.
- MURARD (J.). — Inondation péritonéale par rupture d'un corps jaune menstruel. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.*, 1929, p. 1184.
- NOVAH. — Hémorragie abdominale d'origine ovarienne. *The Am. J. of. Obst. and Gyn.*, 1917, p. 68.
- Hématomes de l'ovaire et kystes du corps jaune. *The John Hopkins Hosp. Bull.* 1917, 28, p. 349.
- NOVAK et LINDE. — L'anatomie pathologique du corps jaune. Abscès, kystes, hématomes et néoplasmes. *John Hopkins Hosp. Bull.*, 1923, 34, p. 289.
- OASTLER. — Grossesse et hémorragie dans un kyste ovarien. *The Am. J. of. Surg.*, octobre 1928, p. 359.
- PARMENTIER. — L'hémopéritoine d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectopique. *Thèse de Lille* 1933.
- PELLICOT. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne en dehors de la grossesse ectopique. *Thèse de Marseille* 1933.
- PILLIET. — Hémorragie de l'ovaire due à un corps jaune. *Société anatomique de Paris*. Juin 1893.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- PUECH. — De l'apoplexie des ovaires. *A. C. des Sc. Paris*, 1858, t. XLVI, p. 781.
- ROTH (H.). — Hémorragies abdominales d'origine ovarienne. 1° *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1927, n° 3, p. 204 ; 2° *Gyn. et Obst.*, décembre 1927, p. 264.

- SARROUY et DUBOUCHER. — Inondation péritonéale par hémorragie de l'ovaire. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 13 novembre 1924.
- SANTY. — Hémorragie intra-péritonéale d'origine ovarienne chez une hémophile. *Lyon Chirurgical*, T. XXI, n° 1, p. 94. Janvier 1924.
- SAVAGE. — Hématome de l'ovaire, ses rapports avec la maturation et la régression du follicule de Graaf. *The Brit. Gyn. Journ.* 1905, n° 31.
- SCHICKELÉ. — Le corps jaune peut-il être la source d'une hémorragie abondante ? *Gyn. et Obst.* 1^{er} janvier 1924, p. 9.
- SIMON (L.). — A propos des hémorragies du corps jaune. *Acta obst. et gyn. scand.*, Vol. VI, fasc. 2, 1927.
- Hémorragie ovarienne spontanée avec signes abdominaux aigus. *Acta. Obst. et Gyn. scand.* 1928, 1, p. 166.
- SOIMARU. — Rupture intra-péritonéale de kyste lutéinique de l'ovaire. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1925, n° 9.
- LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes et chirurgie abdominale, 1889.
- TARTANSON. — Les hémorragies intra-péritonéales et les hématocèles pelviennes sans grossesse ectopique. *Thèse de Lyon* 1909.
- THALHEIMER (M.). — Hématocèle par rupture de kyste ovarien. (Rapport de M. R. Proust). *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.* 1933, T. LIX, n° 25, p. 1108.
- THÉVENARD (P.). — Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine ; signes, diagnostic, traitement. *Thèse Paris* 1896.

- VEYRASSET. — Hémorragie intra-péritonéale grave par rupture d'un kyste ovarien lutéinique. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie* 1933, n° 21, p. 927.
- VIGNEAU. — Les hématomes de l'ovaire. *Thèse de Lyon* 1902.
- VIGNES. — Le diagnostic biologique de la grossesse extra-utérine. *Presse Médicale*, 20 septembre 1933.
- WILSON. — Sur cept cas d'hémorragie ovarienne simulant l'appendicite aigë. *Lancet*, 16 juin 1928, p. 1222.

TABLE DES MATIERES

I. — Introduction	9
II. — Historique	13
III. — Etiologie	17
IV. — Anatomie pathologique	27
V. — Pathogénie	29
VI. — Etude clinique	31
VII. — Traitement	35
<i>Observations</i>	37
<i>Conclusions</i>	77
<i>Bibliographie</i>	79



IMPRIMERIE SPECIALE
DE
MM. VIGOT Frères



